



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**PASSEPORT
SANTÉ**

**HEALTH
PASSPORT**

FRANÇAIS/UKRAINIEN

CONFIDENTIAL



«Ця медична книжка дозволяє медичному персоналу ознайомитись з усією необхідною інформацією, що стосується вашого здоров'я. Цей документ встановлює зв'язок між вами і лікарем.

Дуже важливо пред'являти її на кожній медичній консультації.

Медична книжка є конфіденціальним медичним документом, який є вашою власністю і який становить лікарську таємницю. Ніхто окрім медичного персоналу не має права вимагати її розголошення.»

Ce carnet de santé permet aux professionnels de santé de disposer de toutes les informations nécessaires concernant votre santé. C'est un document de liaison entre vous et le médecin.

Il est important de le présenter à chaque consultation médicale.

Le carnet de santé est un document médical confidentiel qui vous appartient et qui est couvert par le secret médical.

En dehors des professionnels de santé, nul ne peut en exiger sa communication.

SOMMAIRE

Fiche personnelle	p. 4
Mon médecin traitant	p. 5
Situation administrative	p. 6
Fiche sociale	p. 7
Parcours personnel : structures/lieux d'accueil	p. 8
Fiche médicale	p. 10
Bilan de santé initial	p. 12
Éléments médicaux importants	p. 14
Mes intervenants en santé	p. 22
Fiche infirmier	p. 22
Fiche suivi santé mentale	p. 23
Fiche chirurgien-dentiste (adultes/enfants)	p. 24
Fiche suivi social	p. 28
Fiche gynécologue et sage-femme	p. 29
Échelle de la douleur	p. 30
Mon répertoire santé	p. 31
Commentaires libres	p. 32
Carte du monde	p. 36
Carnet de vaccination	p. 38

FICHE PERSONNELLE



NOM :

Prénom :



Date de naissance :



Lieu de naissance :

Nationalité :



Téléphone :



Email :



Langues parlées :

Français Anglais

Autres langues :

.....
.....



Adresse / Domiciliation :

.....
.....
.....
.....

MON MÉDECIN TRAITANT



TAMPON DU MÉDECIN

MA PERSONNE DE CONFIANCE



NOM :

Prénom :

Autres personnes de contact :

.....

.....

.....



Téléphone :

SITUATION ADMINISTRATIVE

Situation et composition familiale :

.....
.....
.....
.....

Situation sur le territoire :

- Date d'arrivée en France :
- Date du premier rdv à l'OFII :

.....
.....
.....
.....

Profession :

.....
.....
.....
.....

FICHE SOCIALE

N° SS :

Centre de SS (sécurité sociale) :

Ouverture des droits :

SS de base Jusqu'au :

PUMA Jusqu'au :

ALD Pathologie :

Jusqu'au :

CSS Jusqu'au :

AME Jusqu'au :

Aucun droit

En cours – dossier initié le :

Ressources financières :

Précisez (ADA etc.) :

Hébergement :

Sans Domicile Fixe

Institutionnel/Associatif

Amical/Familial

Autre :

.....

.....



PARCOURS PERSONNEL : STRUCTURES / LIEUX D'ACCUEIL



Nom de l'établissement :

Adresse :

.....

.....



Téléphone :

Référent :

Période :



Nom de l'établissement :

Adresse :

.....

.....



Téléphone :

Référent :

Période :



Nom de l'établissement :

Adresse :

.....

.....



Téléphone :

Référent :

Période :



Nom de l'établissement :

Adresse :

.....

.....



Téléphone :

Référent :

Période :



FICHE MÉDICALE

ANTÉCÉDENTS	DATE	TRAITEMENT
Vaccinations (voir page 38 et 39)		
Allergies		
Somatiques et psychologiques		

ANTÉCÉDENTS	DATE	TRAITEMENT
Chirurgicaux		
Familiaux		

BILAN DE SANTÉ INITIAL




DATE / RÉALISÉ PAR	CONCLUSIONS
Entretien Infirmier	
Examen Médical	

BILAN DE SANTÉ INITIAL




	DATE	RÉSULTAT
Bilan sanguin : VHC VHB Ag HBs Ac anti HBs Ac anti HBc VIH SYPHILIS		
<u>Dépistage Tuberculose :</u> Radio pulmonaire		



ÉLÉMENTS MÉDICAUX IMPORTANTS




DATE	 DIAGNOSTIC	 TRAITEMENT	 MÉDECIN / SERVICE

**ÉLÉMENTS MÉDICAUX IMPORTANTS**

DATE	 DIAGNOSTIC	 TRAITEMENT	 MÉDECIN / SERVICE




ÉLÉMENTS MÉDICAUX IMPORTANTS

DATE	 DIAGNOSTIC	 TRAITEMENT	 MÉDECIN / SERVICE






ÉLÉMENTS MÉDICAUX IMPORTANTS

DATE	 DIAGNOSTIC	 TRAITEMENT	 MÉDECIN / SERVICE





ÉLÉMENTS MÉDICAUX IMPORTANTS

DATE	 DIAGNOSTIC	 TRAITEMENT	 MÉDECIN / SERVICE






ÉLÉMENTS MÉDICAUX IMPORTANTS

DATE	 DIAGNOSTIC	 TRAITEMENT	 MÉDECIN / SERVICE






ÉLÉMENTS MÉDICAUX IMPORTANTS

DATE	 DIAGNOSTIC	 TRAITEMENT	 MÉDECIN / SERVICE



ÉLÉMENTS MÉDICAUX IMPORTANTS

DATE	 DIAGNOSTIC	 TRAITEMENT	 MÉDECIN / SERVICE

MES INTERVENANTS EN SANTÉ

FICHE INFIRMIER



DATE	NOM DU PROFESSIONNEL	OBSERVATIONS - COMMENTAIRES

FICHE SUIVI SANTÉ MENTALE

Éléments de souffrance : oui non

Orientations :



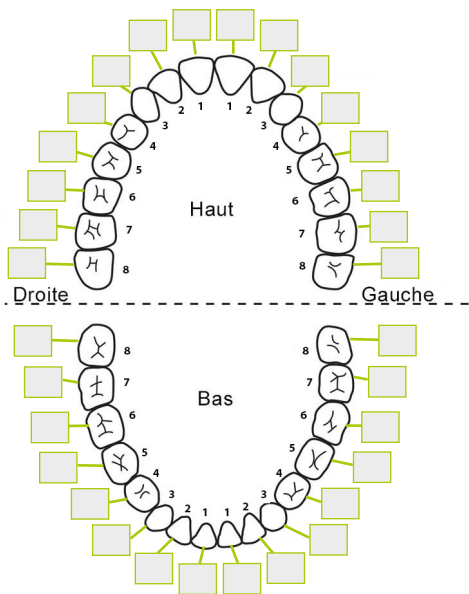
DATE	NOM DU PROFESSIONNEL	OBSERVATIONS - COMMENTAIRES

FICHE CHIRURGIEN-DENTISTE



DATE	NOM DU PROFESSIONNEL	OBSERVATIONS - COMMENTAIRES

ÉTAT BUCCO-DENTAIRE



La dent est :

C : cariée

A : absente

O : obturée/couronnée

D : dévitalisée

Niveau d'hygiène buccale :

Bon

Mauvais

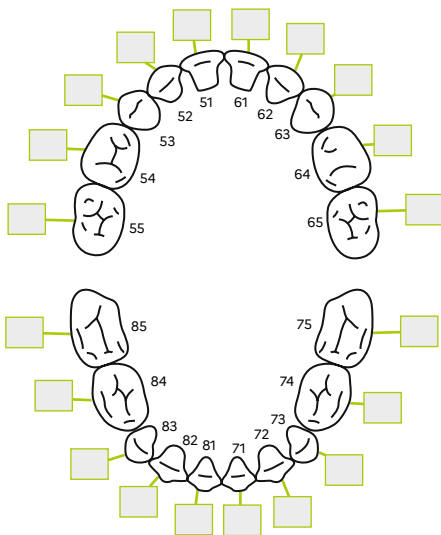
Médiocre

FICHE CHIRURGIEN-DENTISTE



DATE	NOM DU PROFESSIONNEL	OBSERVATIONS - COMMENTAIRES

ÉTAT BUCCO-DENTAIRE ENFANT



La dent est :

C : cariée

A : absente

O : obturée/couronnée

D : dévitalisée

Niveau d'hygiène buccale :

Bon

Mauvais

Médiocre

FICHE SUIVI SOCIAL



DATE	NOM DU PROFESSIONNEL	OBSERVATIONS - COMMENTAIRES

FICHE GYNÉCOLOGUE / SAGE-FEMME

DATE	NOM DU PROFESSIONNEL	OBSERVATIONS - COMMENTAIRES

ÉCHELLE DE LA DOULEUR



1



2



3



4









5



6

MON RÉPERTOIRE SANTÉ

	SAMU	15
	POMPIERS	18
	POLICE	17
	HÉBERGEMENT D'URGENCE	115
	FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES	39-19
	NUMÉRO PRÉVENTION DU SUICIDE	31-14

COMMENTAIRES LIBRES – NOTES PERSONNELLES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

COMMENTAIRES LIBRES – NOTES PERSONNELLES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

COMMENTAIRES LIBRES – NOTES PERSONNELLES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

COMMENTAIRES LIBRES – NOTES PERSONNELLES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

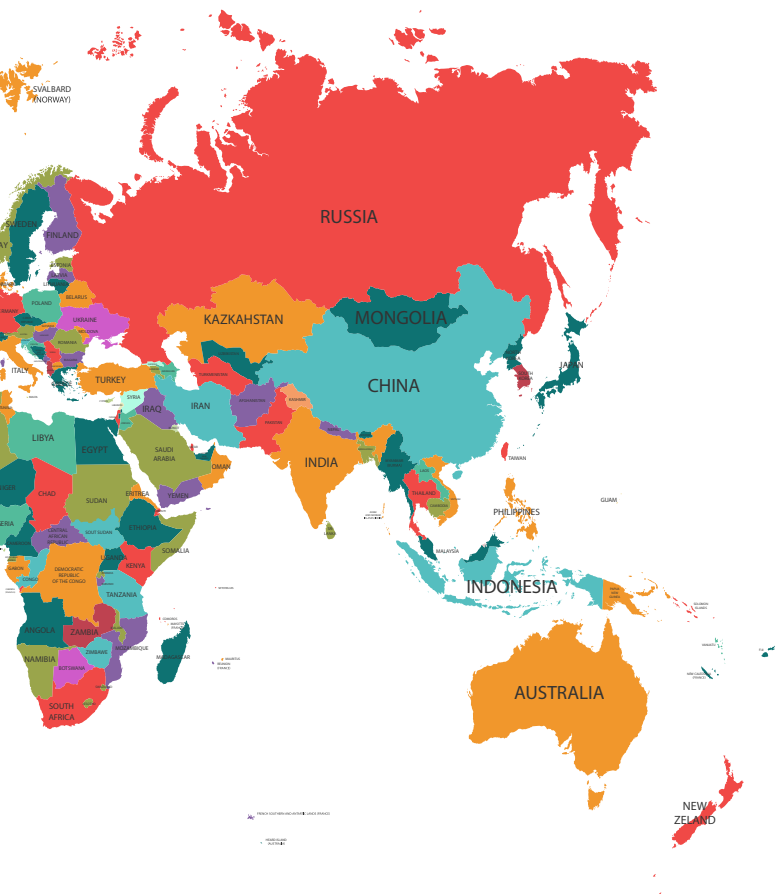
.....

.....

.....

.....

.....



CARNET DE VACCINATION

Nom :

Prénom :

DTP (+/- coqueluche +/- Hib +/- Hep B)				À jour
	Date	Vaccin	Lot	Signature
1 ^{er} inj				
2 ^e inj				
3 ^e inj				
Rappels				

ROR				À jour
	Date	Vaccin	Lot	Signature
1 ^{er} inj				
2 ^e inj				

COVID				À jour
	Date	Vaccin	Lot	Signature
1 ^{er} inj				
2 ^e inj				
Rappels				

Pour le rattrapage vaccinal en fonction de l'âge, se référer aux recommandations HAS : www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-01/fiche_synthese_rattrapage_vaccinal_migrants_primo_arrivants.pdf

CARNET DE VACCINATION

AUTRES VACCINS

(BCG, méningocoques, hépatite B, pneumocoque, HPV, grippe, varicelle)

PASSEPORT
SANTÉ
HEALTH
PASSPORT